Rok XLVIII. Kraków, dnia 21. sierpnia 1909. Nr 34.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

## CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ze szpitala OO. Bonifratrów w Krakowie.

### O doświadczeniach z gryseryną.

Podał

**Dr Jan Frączkiewicz,**

Prymaryusz oddziału chorób wewnętrznych.

(Dokończenie).

Widzimy zatem, że nawet przy tak rozpaczliwym stanie chory, którego śmierci można się było lada dzień spodziewać, żyje i sądzę, że utrzymuje go tylko apetyt, podtrzymywany gryseryną; a poprawa po stronie lewej także zasługuje na uwagę.

U chorych z gruźlicą kości i gruczołów, oprócz wewnętrznego podawania gryseryny stosowałem gryserynę i miejscowo w postaci mięszanki gryserynowo-glicerynowej, 10%—20%, wstrzykując 2 do 5 g. do przetok i obrzęków. Leczyłem przeważnie chorych, których chirurdzy z powodu znacznych zmian chorobowych operacyjnie leczyć nie chcieli.

Jeden z tych chorych miał 2 zimne ropnie na grzbiecie i kilkanaście (17) przetok na obu kończynach górnych i dolnych, na żebrach. Chory ten w rozpaczliwym poprostu stanie leczony był przez 4 tygodnie wstrzykiwaniami dwa razy w tygodniu i opuścił szpital z tak znaczną poprawą, że sam mógł chodzić; niestety jednak później się nie pokazał. U pewnej chorej ropień zimny mostka po jednorazowem wstrzyknięciu mieszanki gryserynowej znikł bez śladu. U innego znów chorego ropiejące gruczoły szyjne po trzykrotnem wstrzyknięciu zupełnie się zagoiły bez przetoki.

Sądzę, że kilka tych moich spostrzeżeń przy gruźlicy zewnętrznej zasługuje na uwagę i że wartoby gryseryny w tym kierunku częściej próbować. Mnie, jako interniście przypadki takie nie tak często nasuwają się do leczenia; tych kilka było bardzo powikłanych; przy mniej posuniętej sprawie należałoby spodziewać się chyba lepszych jeszcze wyników.

Wspomnieć muszę o jednej chorej, która oprócz zmian w szczycie prawym miała również gruczoły limfatyczne na szyi zajęte; jeden z nich operowano; drugi był bolesny i czasami zwiększający się. Chora obecnie w stanie znacznie lepszym odbywa leczenie klimatyczne i donosi mi, że gruczoł na szyi nie jest bolesny i stale się zmniejsza, gdy jednak nie zażywała gryseryny przez 4 tygodnie, gruczoł się powiększył i bolał. Obecnie po kilku tygodniach zażywania gryseryny gruczoł znów się zmniejszył i jest niebolesny.

Ogółem na podstawie moich doświadczeń twierdzić mogę, że gryseryna w gruźlicy działa w znacznej większości przypadków korzystnie; jednak tego korzystnego działania gryseryny nie tłomaczę sobie oczywiście odkażaniem drogą wewnętrzną, jak tego chce p. Griese, Dr Küster, Mahner-Mons i Dörschlag, gdyż w takim razie wszystkie przypadki bez wyjątku musiałyby okazywać poprawę, a następnie być wyleczone, lecz raczej przypuszczam, iż gryseryna działa korzystnie na przewód pokarmowy, a może i na wymianę materyi i tą drogą wywołuje poprawę stanu ogólnego i zwiększenie się przez to odporności ustroju na jad gruźliczy; ogniska gruźlicze mogą ulegać wtedy w warunkach dla ustroju korzystniejszych zwykłym zmianom wstecznym i tą drogą, po dłuższym przeciągu czasu i leczenia spodziewaćby się można wyleczenia przypadków z I i II okresu.

Na dowód, że w przypadkach wyraźnego polepszenia się stanu chorych działała korzystnie raczej gryseryna, aniżeli inne czynniki, jak spokój, leżenie, światło, ciepło, powietrze i odżywianie, przytoczyć mogę stwierdzony na 10 chorych fakt, że w czasie umyślnego przerwania leczenia gryseryną przez przeciąg kilku tygodni, uzyskane poprzednio zapomocą gryseryny niewątpliwe polepszenie zaczynało znikać, chorzy tracili apetyt, kaszleli więcej, odpluwali obficiej i t. p., a w kilku przypadkach zaczęli także gorączkować.

Obecnie zamierzam łączyć leczenie gryseryną z leczeniem tuberkuliną. Postanowiłem przeprowadzić najpierw porównawcze badania wszystkich prób rozpoznawczych, jak próby Calmetea, Pirqueta, próby przez nakłucie i wstrzyknięcie podskórne, a następnie użyć tuberkuliny starej w celach leczniczych. Jeśliby się okazało, że gryseryna zwiększa odporność chorych na tuberkulinę, jak to na zasadzie dotychczasowych prób przypuszczam, to kto wie czy gryseryna w leczeniu gruźlicy nie okaże się pożyteczniejszą, niż zrazu przypuszczano.

Już teraz powiedzieć można, że gryseryna korzystną jest w leczeniu gruźlicy, chociażby z tego względu, że obniża ciepłotę ciała u gorączkujących, a wiemy, że gorączka jest przeciwwskazaniem do leczenia tuberkuliną. Należy przeto gorączkujących doprowadzić leczeniem gryseryną do stanu bezgorączkowego, a następnie dopiero rozpocząć leczenie

tuberkuliną i w tym kierunku zamierzam dalsze przeprowadzić badania.

Podawałem także gryserynę w 12 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc i opłucnej i u tych chorych, bez wyjątku prawie, zauważyć można było korzystny wpływ gryseryny. W jednym z tych przypadków, który przybył w pierwszym dniu zapalenia, przebieg był znacznie skrócony, gorączka stała nie trwała 48 godzin, poczem w przeciągu dwóch dni ciepłota stopniowo *(per lysim)* opadła do stanu prawidłowego. Wyzdrowienie postępowało szybko. Być może; że gryseryna nie wywarła tu szczególnego wpływu, zdarzają się bowiem zapalenia płuc o skróconym przebiegu; w każdym razie przypadek ten dowodzi, że gryseryna nie przeszkadza i takiemu pomyślnemu przebiegowi; wyłączyć się jednak nie da, że korzystny ten przebieg zależał może i od działania gryseryny.

Wszystkie 12 przypadków zapalenia płuc zakończyły się pomyślnie, zupełnem wyleczeniem, na uwagę jednak zasługuje, mojem zdaniem, że z wyjątkiem jednego wszystkie skończyły się wyleczeniem bez powikłań. Zwracało nadto uwagę i to, iż z wyjątkiem dwóch przypadków gorączka opadała stopniowo (*per lysim*), a w dwóch tylko przełomowo *(per crisim)*. Chorzy nieraz jeszcze w stanie gorączkowym odzyskiwali już apetyt i dopominali się o posiłek, nigdy też nie byli bardzo osłabieni; a rozejście się nacieku i ozdrawianie postępowały szybciej może, niż zwyczajnie.

Jeden przypadek był, jak wspomniałem, powikłany, i to cierpieniem rzadkiem, bo ropniem płuca lewego. Chory ten przybył w siódmym dniu rozległego zapalenia lewostronnego, w dziewiątym dniu nastąpiło przesilenie — po trzech dniach jednak ciepłota podniosła się do 39° C., później do 40·3° C., przybierając tor przerywany (*intermittens*); rano ciepłota bywała 37·4—37·8. Badaniem można było stwierdzić w linii pachowej lewej tylnej na wysokości dolnego kąta łopatki wielką bolesność między żebrami i odgłos opukowy bębenkowy na przestrzeni małej dłoni i na tem miejscu brak rzężeń rezolucyjnych. Sądziłem, że tworzy się wysięk ograniczony; nakłucie próbne dało wynik ujemny, po tygodniu przy coraz większych bolach w boku lewym, chory odpluł przy kaszlu najpierw plwocinę z domieszką krwi, a później znaczną ilość cuchnącej ropy. Chory przez cały czas zażywał po 0·3 gryseryny dwa razy dziennie; potem gorączka opadła i chory czuł się podmiotowo lepiej, przedmiotowo stan zadowalniający; odgłos opukowy prawie zupełnie wyjawniał. Po dziesięciu dniach chory począł znów gorączkować, blizko do 40° C., gorączka miała tor przerywany, przedmiotowo nie dało się nic wykryć. Po siedmiu dniach znowu krew i ropa w plwocinie, a następnie przebieg coraz pomyślniejszy. Chory wyzdrowiał. Drugi ropień musiał być mniejszy i w głębi płuca ukryty, a może międzypłatowy.

Korzystny wpływ gryseryny w zapaleniu płuc w 12 przypadkach nie mógł być przypadkowy; wpływ ten da się wytłómaczyć, ale znowu nie przez »odkażanie wewnętrzne« jak chcą autorzy, którzy dotychczas pisali o gryserynie, lecz raczej następująco. Głównym składnikiem gryseryny jest jod. Wiemy, że jod podawany wewnętrznie wydziela się błonami śluzowemi i to głównie narządu oddechowego; nieżyty dróg oddechowych górnych przy jodzicy są charakterystycznym objawem. Przypuścić przeto należy, że i tu (przy podawaniu gryseryny) jod wydziela się przez błony śluzowe może w stopniu mniejszym, lecz w stanie innym, skutecznie działającym, może »in statu nascendi« i to byłoby tłomaczenie dość proste i kto wie, czy nie słuszne.

Doświadczenia ścisłe w tym kierunku przeprowadzają pracownie kliniczne w Berlinie, Wrocławiu, Gracu i Budapeszcie; co z tych badań wyniknie, nie chcę uprzedzać; być może, że znajdzie się inne racyonalniejsze tłómaczenie.

Duru brzusznego leczonego gryseryną przytoczyć mogę trzy przypadki. Przebieg był prawidłowy nie przedstawiający nic szczególnego; powikłania nie było żadnego ani w czasie duru, ani w okresie zdrowienia. Zwracam jednak uwagę, że u chorych, którzy przy durze mają skłonność do biegunki, gryserynę podawać należy ostrożnie, a nawet równocześnie z makowcem w dawkach po 0·02—0·03, aby nie wywołać zbyt częstych wypróżnień, a tem samem osłabienia chorego, lub też przez wzmożony ruch robaczkowy jelit nie wywołać krwotoku, lub pęknięcia jelita. Z obserwacyi tych trzech przypadków w każdym razie wnosić można, iż gryseryna w durze nie wywiera szkodliwego wpływu.

Podawałem także gryserynę w dwóch przypadkach przewlekłego zapalenia nerek dla przekonania się, czy gryseryna nie działa szkodliwie na nerki. Ani podmiotowy, ani przedmiotowy stan chorych się nie pogarszał; ilość białka przez czas podawania nie uległa zmianie, korzystnie jednak działała gryseryna o tyle tylko, iż apetyt chorych znacznie się poprawił.

Przy nieżycie pęcherza moczowego, podawana w 2 przypadkach, wywarła gryseryna wpływ korzystny, u jednego z tych chorych, nawet bardzo pomyślny. U tego chorego zachodziło podejrzenie co do gruźlicy pęcherza moczowego. U drugiego chorego wpływ gryseryny nie był może lepszy, niż innych dotychczas polecanych środków, jak urotropiny, helmitolu i t. p.

Używałem gryseryny także i zewnętrznie trzy razy przy rozpadających się rakach (2 razy sutka, raz skóry) nie nadających się do operowania. Wstrętnie przedtem cuchnąca wydzielina zwolna stawała się znacznie mniej dla chorych i otoczenia przykrą, krwawienie prawie ustawało, jeżeli nowotwór pokrywało się gazą, nasmarowaną maścią gryserynową 10%—20%. Nowotwory jednak szły zwykłym torem, powiększały się i sprowadziły śmierć dwóch chorych. Jeden chory z rakiem skóry jeszcze żyje; oprócz powyższych ulg ma ten chory i tę ulgę, że obecnie bóle są znacznie mniejsze, co i przy rakach sutka zauważyłem tak, że chore te prawie morfiny nie używały. Nie można więc mówić o uleczalności nowotworów zapomocą gryseryny, jak to czynią najgorętsi jej zwolennicy, lecz trzeba ją uważać środek odkażający, który cierpienie łagodzi i czyni je mniej przykrem dla chorego i otoczenia.

Bardzo natomiast korzystne okazało się działanie gryseryny przy opatrunkach ran ropiejących, zanieczyszczonych. Posypywałem rany proszkiem gryseryny i przykładałem gazę posmarowaną 10% maścią gryserynową lub wyjałowioną waseliną; rany szybko i bezboleśnie się goiły, a rany te bywały głębokie, zadane przeważnie nożami rzeźnickimi; miałem sposobność do opatrywania ich dość często jako lekarz kasy chorych czeladzi rzeźników i masarzy.

Aby stwierdzić, jakie skutki okażą się przy zażywaniu gryseryny u ludzi zdrowych podawałem gryserynę trzem osobom, nie okazującym przedmiotowo żadnych zmian, a mającym tylko pewne podmiotowe dolegliwości; u wszyst

kich stwierdziłem bardzo wybitną poprawę apetytu, stolec wolny; żadnych ubocznych przykrych skutków chorzy ci nie odczuwali, ani też przedmiotowo nie można było nic stwierdzić. Po sześciotygodniowem zażywaniu stwierdziłem przybytek wagi ciała od 1 do $3^{1}/_{2}$ kilograma. Wynik ten przypisuję z jednej strony działaniu gryseryny na przewód pokarmowy przez poprawę apetytu i uregulowanie trawienia, z drugiej strony korzystnemu działaniu gryseryny na przemianę materyi.

Na podstawie zatem moich spostrzeżeń ogółem powiedzieć mogę:

1) Gryseryna jest lekiem nieszkodliwym.
2) Gryseryna bez wyjątku prawie poprawia apetyt, reguluje czynność przewodu pokarmowego, i to, wedle mego przypuszczenia, jest jedną z głównych jej zalet.
3) Gryseryna u gorączkujących wywołuje powolne opadanie ciepłoty ciała do stanu prawidłowego.

Nie twierdzę, że gryseryna jest lekiem przeciwgorączkowym, takim np. jak chinina, przetwory salicylowe, pyramidon, antypiryna, nie wywołuje ona bowiem nagłego obniżenia ciepłoty ciała po zażyciu. Widoczną natomiast jest różnica u dłużej gorączkujących, a zażywających gryserynę stale, u których ciepłota ciała powoli, może nie z dnia na dzień, ale z tygodnia na tydzień wyraźnie się obniża.

4) Gryseryna w cierpieniach płuc i dróg oddechowych działa korzystnie, zmniejszając kaszel, ułatwiając wykrztuszanie, wpływając korzystnie na wymianę materyi, wogóle stwarzając korzystniejsze warunki poprawy, a następnie i wyleczenia.
5) Gryseryna, jako środek zewnętrzny, użyta w proszku, maści lub w postaci mieszanki do wstrzykiwań działa wybitnie odkażająco i przyspiesza znakomicie gojenie się.

Gryseryna zasługuje więc na bliższe zajęcie się nią, a jak doniesiono mi w ostatnich dniach, na jednej z klinik w Gracu miano stwierdzić, że gryseryna wywołuje wybitną leukocytozę u zażywających ją; w takim razie przypuszczenie moje, że gryseryna wywiera korzystny wpływ na wymianę materyi byłoby poniekąd uzasadnione. Tem bardziej należałoby rzecz ściśle naukowo zbadać, a może gryseryna zajęłaby stałe miejsce w naszym skarbcu terapeutycznym.

**Piśmiennictwo.** 1) Griese: Absolute Heilung der Tuberculose auf dem internen Desinfectionswege. 2) K. Küster: Ueber erfolgreiche Behandlung der Schwindsucht und anderer schwerer Infectionskrankheiten durch ein neues inneres Desinfectionsmittel: »Griserin« (Berl. klin. Wochenschrift Paźdz. 1904). 3) K. Küster: Die Heilbarkeit des Krebses durch Griserin. 4) Mahmer-Mens: Bemerkungen zu der Arbeit Petruschkis: Kann durch »Griserin« eine »innere Desinfection« bewirkt werden? (Allg. Med. Central-Zeitung 1905. Nr 7). 5) M. Steiner: Zur Griserinbehandlung (Repet. der prakt. Med. 1905 Nr 4). 6) K. Küster: Das Griserin als Vorbeugungsmittel. 7) K. Küster: Die Petruschkyschen Versuche mit Grisesin. 8) K. Kobert: Betrachtungen und Versuche über das frühere und das heutige Griserin. (Terapeut. Rundschau Nr 15. 1908). 9) E. Apaty: Hygiene und Kosmetik des Mundes, Prophylaxis der Mund- u. Zahnifection. 10) Schomburg: Beitrag zum therapeutischen Wert des Griserin. (Berl. klin. Wochenschr. 1905 Nr 1). 11) Petruschky: Kann durch Griserin eine innere Desinfection bewirkt werden? (Berl. klin. Wochenschr. 1904. Nr 50).

---

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie.
(Kierownik Prof. O Bujwid).

## O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy.

### Sprawozdanie poglądowe [1]).

Podał
**Dr Filip Eisenberg**, asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Dwie są zasadnicze drogi, na których można dojść do takiego rozpoznania przyczynowego, t. z. można albo wprost wykazać obecność bakteryi gruźliczych w wydzielinach, wydalinach lub tkankach ustroju zakażonego przez t. z. bakteryoskopię, albo też można wykazać obecność zakażenia gruźliczego na podstawie biologicznej, t. j. na podstawie swoistych odczynów ustroju na zakażenie. Temi to metodami, a raczej ich postępami w ciągu ostatniego dziesiątka lat wypadnie się nam teraz bliżej zająć.

Obecność bakteryi gruźliczych w produktach ustroju zakażonego można wykazać jużto przez wstrzyknięcie morskiej śwince, która jest najczulszym odczynnikiem na nie, jużto przez zabarwienie ich różniczkowe. Doświadczenie na zwierzęciu na ogół czulsze jest, niż barwienie; wykazuje często obecność bakteryi tam, gdzie ich w preparatach, nawet licznych, znaleść nie można, ma natomiast tę ujemną stronę, że każe kilka tygodni co najmniej czekać na odpowiedź. Przed rokiem mniejwięcej polecił Bloch u świnek, którym się wstrzykuje podejrzany materyał podskórnie na podbrzuszu, rozgniatać między palcami odpowiedni gruczoł pachwinowy; przez takie sztuczne stworzenie miejsca mniejszej odporności bakterye mają się w tym gruczole rozwijać szybciej i bujniej; już po 10—14 dniach gruczoł jest wyraźnie obrzękły, i można, wyciąwszy go, wykazać w skrawkach obecność bakteryi gruźliczych. Kontrola tych doświadczeń przez Dieterlena i Webera pokazała jednak, że nietylko bakterye gruźlicze, ale i inne kwasoodporne (b. łoju napletkowego), a nawet gronkowce w tych warunkach wywołują obrzęk gruczołu, a nadto, że nie zawsze w obrzękłym gruczole można stwierdzić obecność bakteryi, że tedy koniecznie trzeba wyczekać dalszy rozwój sprawy aż do śmierci świnki, lub też w dalszym okresie ją zabiwszy, zbadać w kierunku postępowego zakażenia gruźliczego. Metoda tedy, choć w pewnych pomyślnych przypadkach może rozpoznanie przyspieszyć, nie zawsze jest pewna, a tam zwłaszcza, gdzie jak w plwocinie materyał jest nieczysty, wymaga szczególnej ostrożności w ocenie. Inną modyfikacyę podali Nathan-Larrier i Griffon: wstrzykiwają oni badany materyał do gruczołu piersiowego morskiej świnki świeżo po porodzie i po 8—10 dniach znajdują bakterye gruźlicze w znacznej ilości w mleku. Dotąd zdaje się nie kontrolowano jeszcze tej oryginalnej metody. To też trudno na razie o jakikolwiek o niej sąd.

I wykazywanie bakteryi w preparatach napotyka wielokrotnie na znaczne trudności; pomijając już przypadki gruźlicy zamkniętej nawet tam, gdzie istnieje ognisko otwarte, wydzielanie bakteryi jest niestałe, często skąpe, plwocina stanowi mieszaninę wydzieliny nietylko z miejsc swoiście schorzałych, ale i z miejsc dotkniętych ubocznym nieżytem. Nadto wiemy, że w ogniskach chorobowych toczy się zacięta walka między ustrojem, a zarazkami, to też nawet w przypadkach gruźlicy postępowej pewna ilość bakteryi ulega działaniom bakteryobójczym ustroju, a dzieje się to jeszcze łatwiej w sprawach początkowych, póki siły obronne nie są jeszcze wyczepane, lub w gruczołach chłonnych, które rozporządzają szczególnie skutecznymi środkami obrony. Otóż takie bakterye uszkodzone przez ustrój tracą zdolność swoistego barwienia się, i przez to mogą ujść oku badającemu, jak się o tem przekonamy w dalszym ciągu. Nowsza dyagnostyka bakteryoskopiczna stara się właśnie zaradzić tym dwom czynnikom, udaremniającym rozpoznanie; t. j. skąpej ilości bakteryi i zmianie ich właściwości barwnych. Do pierwszego celu zmierzają metody, które zagęszczają bakterye gruźlicze w badanym materyale, a zatem metody wzbogacenia. Starają się one uzyskać osad z plwociny, moczu, stolca albo ropy, które poprzednio muszą zostać ujednostajnione, aby umożliwić opadanie cząstek stałych dowolne lub odwirowanie ich w osad. Można w tym celu albo działać rozcieńczonym ługiem, albo su-

[1]) Wykład wygłoszony w Tow. lek. krak. dn. 12 maja 1909 jako pierwszy z cyklu wykładów o gruźlicy.

blimatem, albo gotować materyał ewentualnie z dodatkiem ługu; albo też użyć rozpuszczającego działania mleka wapiennego. W nowszych czasach Sachs-Mücke polecił w tym celu wodę utlenioną 3%, która wywiązując tlen, rozrywa cząstki plwociny, i w ten sposób ją ujednostajnia; metoda ta spotkała się w nowszej literaturze z wieloma pochwałami. Dilg poleca dodać do plwociny zalkalizowanej 25% rozczynu soli i odwirować: bakterye gruźlicze jako lżejsze znajdą się wtedy nie w osadzie, ale w górnych warstwach płynu. Najlepszą zdaje się być metoda, podana w ostatnim czasie przez Uhlenhutha, a polegająca na rozpuszczającem działaniu, t. z. antyforminy, t. j. zasadowego rozczynu podchlorynu sodowego. Do badanej plwociny dodaje się 15—20% antyforminy, i pozostawia na 24 godzin w pokoju lub cieplarce, potem odwirowany osad przemywa się dwukrotnie rozczynem fizyologicznym. Antyformina już w słabych rozcieńczeniach rozpuszcza tkanki, komórki i bakterye, natomiast nie narusza bakteryi kwasoodpornych nawet w mocnych zgęszczeniach i po długim czasie, osad tedy zawiera obok resztek tkankowych same bakterye gruźlicze. Na 113 plwocin, w ten sposób badanych, Mayer w 85 przypadkach miał wyniki ujemne, w 14 dodatnie oboma metodami a w 14 ujemne zwykłą metodą, a dodatnie antyforminową. Zdaje się na podstawie tych badań, że ta metoda jest metodą przyszłości, gdyż daje wyniki bardzo pomyślne, a może być stosowana do badania zarówno plwociny, jak ropy, kału lub krwi. Specyalnie do badania krwi podał przed kilku laty osobną metodę Jousset. Skrzep krwi trawi on zapomocą trypsyny, a osad odwirowany z płynu strawionego bada na bakterye. W nowszych czasach Philibert stosuje tę metodę, t. z. inoskopii z tą zmianą, że do trawienia używa zwykłego ługu sodowego. Autorowie francuscy i przy pomocy tej metody w szeregu przypadków gruźlicy uogólnionej lub prosówkowej wykazali obecność bakteryi we krwi. W pewnych przypadkach wreszcie możnaby może próbować wzbogacenia biologicznego, przez to, że się wstawia podejrzany materyał do cieplarki (37° C.) na 2—4 dni; bakterye, o ile wogóle są obecne, mogą się wtedy rozmnożyć i przy pomocy wzbogacenia mechanicznego (antyformina) łatwiej być wykazane.

Inny znowu szereg metod, jak już powiedzieliśmy wyżej, zmierza do tego, aby wykazać także bakterye uszkodzone działaniem ustroju, naszym metodom barwienia niedostępne. Barwienie bakteryi gruźliczych jest odczynem mikrochemicznym, polegającym na ich kwaso- i alkoholo-odporności. Podstawą tego odrębnego zachowania są właściwości osłonki bakteryi gruźliczych, złożonej z ciał białkowatych i woskowatych, która to osłonka zdaje się także być przyczyną dość znacznej odporności bakteryi tych wobec działań bakteryobójczych ustroju. Uszkodzenie tej osłonki, które jest warunkiem skutecznego zadziałania ustroju na bakterye, może sprawić, że kwaso-odporność ich maleje lub znika, choć bakterye zachowały jeszcze całość morfologiczną. Obok kwasoodporności bakterye nasze odznaczają się też gramoodpornością, t. j. że zachowują zabarwienie sposobem Grama mimo działania alkoholu: obie właściwości, jak pokazują moje badania, pozostają ze sobą w dość ścisłym związku. Przy metodzie Grama, rzadziej przy zwykłych metodach można zauważyć, że bakterye składają się z ziaren mocniej gramoodpornych, barwiących się czarno-fioletowo, i z substancyi łączącej te ziarna, słabo gramo-odpornej, szaro-fioletowawej. Otóż przy dalszym rozpadzie bakteryi gruźliczych, laseczki rozpadają się na poszczególne ziarna, które z początku są jeszcze kwasoodporne i gramoodporne, w dalszym zaś ciągu tracą kwasoodporność, i dają się tylko zabarwić metodą Grama. Doświadczenia Mucha stwierdziły jednak ciekawy fakt, że jeszcze i w tym okresie ziarna te zachowują zdolność wzrostu i zjadliwość, t. j. że n. p. z ropy, która przy zwykłem barwieniu nie pokazuje bakteryi, a w której dopiero specyalne metody stwierdzają obecność ziarenek gramo-dodatnich, udaje się uzyskać hodowle baktery, i że ropą taką można zakazić świnki. Mamy tu tedy do czynienia albo z objawem t. zw. merotomii, t. j. rozkawałkowania bakteryi na części, zdolne do dalszego życia, albo z jakiemiś specyalnemi formami przetrwalnemi. Pierwszy okres, w którym mamy tylko cząstki bakteryi jeszcze kwasoodporne, Spengler nazwał odłamkami bakteryi (Bazillensplitter), drugi okres ziarenek, odbarwianych przy zwykłej metodzie, a gramo-dodatnich opisał Much, mogą być tedy nazwane ziarenkami Mucha. Formy te nie są w rzeczywistości zdobyczą lat najnowszych, bo już opisywał je Schroen, jako zarodniki lub ziarna, a uczeń jego d'Arrigo w bardzo pięknej pracy z r. 1900 opisał obecność ziaren obok typowych bakteryi, lub i bez nich w gruczołach chłonnych, gdzie, jak powiedzieliśmy, walka toczy się najżywiej, i gdzie takich form najczęściej można się spodziewać. Otóż wszystkie nowsze modyfikacye metod barwienia gruźlicy świadomie lub nieświadomie zdążają do tego, żeby rozszerzyć zakres skuteczności tych metod, żeby wykazać obecność takich uszkodzonych bakteryi lub ziaren. Zdawna już było wiadomo, że można bakterye gramo-ujemne uczynić gramo-dodatniemi, o ile się je mocniej zabarwi przez dłuższe barwienie, przez ogrzewanie barwika, przez zastosowanie dwóch zapraw, zamiast jednej, przez przedłużone zadziałanie lub ogrzanie płynu Lugola, wreszcie przez to, że się odbarwia słabszymi odbarwiaczami. Otóż wszystkie te metody w najróżniejszych modyfikacyach mogą służyć do tego, żeby uszkodzone bakterye gruźlicze, lub ich formy ziarenkowe zabarwić. Ja sam, wychodząc ze swych badań nad metodą Grama, znalazłem trzy metody wzmocnione, które mogą wykazać obecność bakteryi tam, gdzie ich nie wykazują metody zwykłe; przy pierwszej barwi się gencyanę karbolową wśród ogrzewania, dalej działa płynem Lugola ogrzanym przez kilka minut, a wreszcie odbarwia odbarwiaczem Günthera. Przy drugiej barwi się ogrzaną fuksynę karbolową, następnie ogrzanym płynem Lugola, a odbarwia odbarwiaczem Günthera. Przy trzeciej miejsce płynu Lugola zajmuje zgęszczony wodny kwas pikrynowy. Zapomocą tych metod udało mi się kilkakrotnie wykazać obecność bakteryi w plwocinach i w gruczołach chłonnych morskich świnek, które dały wynik ujemny przy zwykłem barwieniu, a nadto zabarwić w ten sposób bakterye uszkodzone w kwaso-odporności przez rozmaite zadziałania chemiczne (kwasy, środki odtłuszczające). Z innych metod wymienię metodę Tarchettiego i nowszą metodę pikrynową Spenglera: co do metody Spenglera podaje Kürthi, że na 206 badanych plwocin w 166 metoda pikrynowa wykazała większą ilość bakteryi, niż Ziehl-Güntherowska, w 36 ta druga dała wyniki ujemne, zaś pikrynowa dodatnie. Bardzo polecenia godną zarówno dla preparatów rozsmarowanych, jak dla skrawków, jest metoda Hermana, i ona wykazuje często więcej bakteryi, niż zwykła, często wykazuje je tam, gdzie zwykła zawodzi, ma nadto barwić także odłamki Spenglera i ziarenka Mucha. Sam stosowałem ją ostatnimi czasy dość często, używając do podbarwiania słabej fuksyny, i podobnie, jak Wirths bardzo z niej byłem zadowolony. Wreszcie Much dla wykazania swych ziarenek podał trzy metody, które wszystkie są wzmocnionemi metodami Grama, a z których zwłaszcza druga daje bardzo ładne obrazy i zasługuje na uwzględnienie. Ostatni tydzień wreszcie przyniósł pracę, zrywającą zupełnie z dotychczasowemi tradycyami, które do barwienia bakteryi używały barwików zasadowych; Gasis użył tedy barwika kwaśnego eozyny, i wykazał, że jak bakterye zabarwione barwikami zasadowymi są kwasoodporne, tak naodwrót zabarwione barwikiem kwaśnym są zasadoodporne w odróżnieniu od innych bakteryi. Ponieważ właściwość ta niezależna jest od ciał woskowatych osłonki, a tylko od ciał białkowatych ciała bakteryjnego, więc być może, że i uszkodzone bakterye dadzą się w ten sposób zabarwić, i że w metodzie Gasisa uzyskaliśmy nową, a wartościową metodę barwienia różniczkowego. Bądźcobądź w przypadkach wątpliwych należy obok metod zagęszczania bakteryi w materyale badanym i razem z niemi stosować jednę lub kilka z powyżej podanych metod, zwłaszcza, gdy chodzi n. p. o ropę lub o gruczoły chłonne, gdzie zwykłe metody często zawodzą. Z drugiej jednak strony trzeba zaznaczyć, że właśnie te metody wymagają dużo krytyki przy ocenie wyników, i dlatego tylko w ręku doświadczonych pracowników mogą dawać wyniki pewne.

W każdym jednak razie, nawet o ile metody bakteryoskopiczne dalej zostaną udoskonalone, niewątpliwie pozostanie szereg przypadków, w których mogą zawieść, albo też wobec zamkniętych ognisk nie mogą znaleźć zastosowania. Innemi słowy metody te zbyt mało są czułe dla wymagań kliniki, a zakres ich zastosowania jest ograniczony, dlatego też w nowszych czasach punkt ciężkości rozpoznawania przyczynowego gruźlicy przesuwa się coraz bardziej ku metodom biologicznym, które z odczynu ustroju na zakażenie starają się wysnuć wnioski rozpoznawcze. Najbliższą i najdogodniejszą taką metodą wydawało się z początku rozpoznawanie surowicze na podstawie własności aglutynacyjnych, czyli zlepnych surowicy chorych. Znakomite wyniki rozpoznawcze próby Widala w durze i chorobach pokrewnych kazały się spodziewać, że ta metoda i w gruźlicy da wyniki pewne i łatwe. Zasadniczą trudność przedstawiały właściwości hodowli gruźliczych zbitych, bo zlepionych przez wosk osłonek i nie dających jednostajnej zawiesiny, koniecznej dla prób zlepnych. To też z radością powitano doniesienie Arloinga i Courmonta, którym udało się uzyskać hodowlę jednostajnie zmąconą, nadającą się do prób, i którzy twierdzili, że obecność właściwości zlepnych w surowicy ludzkiej dowodzi

zakażenia gruźliczego. Metoda ich znalazła entuzyastyczne przyjęcie w pracowniach francuskich i włoskich, które po części i dotąd jeszcze trwają w swym zapale, natomiast spotkała się za słuszną, a surową krytyką u fachowców innych narodowości. Sam wraz z Kellerem zajmując się tą metodą, stwierdziłem, że metoda w klinicznem znaczeniu nie jest swoistą, t. j. że odczyn występuje zarówno u zdrowych, jak gruźliczych, i to zarówno w przypadkach klinicznych, jak sekcyjnych; we wszystkich tych grupach można było uzyskać odczyn dodatni w 70—80% przypadków. Wobec tego, że surowica noworodków odczynu nie daje, należy przypuścić, że odczyn w teoretycznem znaczeniu jest swoistym wyrazem oddziaływania ustroju na zakażenie, że jednak oddziaływają zarówno gruźlice jawne, jak utajone, jak wreszcie i znaczna część nieczynnych przez dość długi czas po przebyciu zakażenia. Można tedy wobec jakiegoś niejasnego przypadku gorączkowego na podstawie dodatniego odczynu przyjąć poczynającą się gruźlicę bez objawów fizycznych, gdy tymczasem możemy mieć do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego obok zabliźnionego nieczynnego ogniska w szczycie płuca, i temu to ognisku zawdzięczamy odczyn. Innemi słowy dla celów klinicznych odczyn zdaje się być zbyt czuły, nie pozwala różniczkować gruźlicy czynnej od nieczynnej, i jako taki nie powinien być stosowany dla celów rozpoznawczych.

Bardzo ograniczona jest też mojem zdaniem wartość rozpoznawcza drugiej metody, która ostatnimi czasy, — może niezupełnie słusznie, o ile chodzi o cele kliniczne, — uzyskała znaczny rozgłos. Mówię o t. z. metodzie opsonicznej, czyli przysposobnej Wrighta. Metoda ta ze względów teoretycznych bardzo ciekawa i stanowiąca znaczny postęp techniczny, przedstawia niestety wiele punktów zaczepnych dla krytyki, o ile chodzi o jej zastosowania kliniczne. Wright twierdzi, że gdy u zdrowych wskaźnik przysposobny (opsoniczny) surowicy wobec bakteryi gruźliczych waha się między 0·8—1·2, to u chorych podlega on bardzo wybitnym wahaniom; że tedy wartości poniżej 0·8 lub powyżej 1·2 dowodzą obecności gruźlicy. Otóż przedewszystkiem technika badania wskaźnika, operując wielu czynnikami bardzo zmiennymi i trudno dającymi się ustalić, przedstawia bardzo znaczne możliwości błędów; mniejsza lub większa gęstość zawiesiny, jednostajność tej zawiesiny, stan ciałek białych i stan surowicy, grubość pipet włosowatych, czas trwania próby, drobne szczegóły techniczne przy rozsmarowywaniu preparatów — oto wszystko czynniki, które bardzo wydatnie mogą wpływać na wyniki liczenia, podległego nadto błędowi osobistemu badacza. W przypadku bakteryi gruźliczych wchodzi w rachubę jeszcze i ta okoliczność, że niełatwo z nich uzyskać zawiesinę jednostajną o dobrze odosobnionych bakteryach, że nadto pewna część bakteryi w powszechnie używanym preparacie Merckowskim jest uszkodzoną w swej żywotności, i źle się barwi, uchodząc przez to badaczowi; znowu poważne i nieobliczalne źródło błędów. To też nie zdziwimy się, jeśli z ust »entuzyasty opsonicznego«, Bussego, usłyszymy, że metoda ta daje co najwyżej wielkość błędu 20%; w rzeczywistości jest to liczba bardzo poważna, bo zdrowy osobnik ze wskaźnikiem 1·1 może przez to uzyskać przez zesumowanie drobnych błędów technicznych 1·3 i być policzony między gruźliczych; taksamo mając 0·9, spadnie na 0·7, t. j. znowu między gruźliczych. Nadto wiemy, że właśnie u chorych gruźliczych, zwłaszcza chodzących, wskaźnik może okazywać znaczne wahania, z pod normalnego przejść w nadnormalny. Otóż niewątpliwie część badanych chorych w chwili badania w tej podróży z góry na dół lub naodwrot może się znajdować na przestrzeni wartości prawidłowych, t. j. między 0·8 a 1·2, i w ten sposób wprowadzić w błąd rozpoznanie. Wreszcie zaznaczamy, że według Wrighta nizki wskaźnik znajduje się nietylko u tych, co już zakażeniu ulegli, ale może też być wyrazem zmniejszonej odporności swoistej, czyli usposobienia do zakażenia, a to przecież są rzeczy dla kliniki bynajmniej nie identyczne, — sprawy, które koniecznie trzeba rozróżniać w celach rozpoznawczych i leczniczych. Wreszcie źródłem błędów może się stać dla rozpoznania fakt, stwierdzony przez Hartocha i Willim, jakoteż przez Moro i Potpeschnigga, że w różnych ciężkich zakażeniach zawartość dopełniaczy (aleksyn), a równolegle z nimi i przysposabiaczy (opsonin) spada dla różnych bakteryi, i to nietylko dla zarazków, wywołujących dane zakażenie, i może w ten sposób wprowadzić w błąd badacza.

(C. d. n.).

# Piśmiennictwo bieżące.

## Medycyna teoretyczna.

Jehn. **W sprawie współżycia** (*parabiosis*). (*Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap.* VI. 1). Doświadczenia nad współżyciem przeprowadzono w ten sposób, że dwa króliki łączono jamami brzusznemi. Zwierzęta potem żyły nieraz do 50 dni. Zwykle jedno zwierzę rozwijało się słabiej od drugiego. Jodek potasu wstrzyknięty u jednego zwierzęcia, wydzielał się u drugiego 5-go dnia. Gdy jednemu zwierzęciu wycięto nerki, albo podwiązano moczowód, żyło ono potem znacznie dłużej, niż to zwykle bywa, poczem oba zwierzęta ginęły na mocznicę. *A.*

Sauerbruch i Heyde. **Dalsze doświadczenia nad współżyciem zwierząt ciepłokrwistych, nad niedrożnością jelit i mocznicą.** (*Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther.* VI. 1.). S. i H. łącząc zwierzęta, łączyli także ich narządy, np. nerki, jelita i t. p. i spostrzegali zupełne przygojenia się. Zwykle jedno zwierzę rozwija się kosztem drugiego. Przez odłączenie można temu zapobiedz i zwierzę podupadłe w odżywieniu powraca do sił. Sztucznie wywołana niedrożność jelit odbija się u drugiego zwierzęcia podniesieniem się ciepłoty, zjawiającem się w 20—36 godzin. Co do mocznicy, to S. i H. spostrzegali zupełnie podobne objawy, jak Jehn i sądzą, że mocznicę wywołuje zła przemiana materyi, wywołana brakiem odnowy, a sprawiająca tworzenie się połączeń trujących. *A.*

Morpurgo. **Operacyjnie wywołane współżycie** (*parabiosa*) **dwóch białych myszy.** (Akad. lek. Turyn 15/1 1909). M. połączył dwie białe myszy w ten sposób, że wywołał połączenie krążenia obydwóch i w przeciwieństwie do dotychczasowych spostrzeżeń udało mu się utrzymać zwierzęta przy życiu, pomimo, że usunął jednej myszy najpierw jedną, a w 20 dni drugą nerkę. Po kilku dniach niedomagania (zwłaszcza u myszy nieoperowanej) powróciły oba zwierzęta do zupełnego zdrowia. Mocz wydzielała mysz nieoperowana w podwójnej ilości; mocz ten zawierał białko. U drugiej pary (samica w ciąży i samiec) po połączeniu wydała samica na świat 9 młodych i 3 z nich karmiła. Sutki rozwijały się u samicy prawidłowo, u samca nie było żadnych zmian w gruczołach mlecznych. Fakt ten świadczy, że substancye, wywołujące podrażnienie gruczołów mlecznych, w ustroju męzkim nie działają wcale. *A.*

Allers. **W sprawie substancyi działającej przysadki mózgowej.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 29). W tymczasowem doniesieniu zdaje A. sprawę ze swych badań nad substancyą działającą przysadki mózgowej. Pod wielu względami przypomina ona adrenalinę, działa bowiem podniecająco na ciśnienie krwi, rozszerza źrenicę oka żaby i wstrzyknięta podskórnie u królika, wywołuje cukromocz. Jednakże, jak to badania autora wykazują, nie jest ona identyczna z adrenaliną, wobec czego prób biologicznych (wpływ na źrenicę i ciśnienie krwi) nie można uznać za znamienne wyłącznie dla adrenaliny, a jedynie dodatni wynik próby oksydacyjnej i jodowej jest dla adrenaliny typowy. *A.*

Glaessner i Pick. **Badania nad wzajemnym wpływem trzustki i nadnerczy.** (*Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Ther.* VI. 2). Do swych doświadczeń używali G. i P. soku trzustkowego z urazowej przetoki trzustki u człowieka i soku z trzustki psa z przetoki operacyjnej. Wstrzykiwania soku trzustkowego (4—20 cm) i adrenaliny (1—3 cm rozczyn 1. p. m.) u królika i psa nie wywołują, wykonane równocześnie, cukromoczu, a więc działanie wydzielin gruczołów niejako się wzajemnie zobojętnia. Adrenalina wstrzyknięta psu z przetoką trzustkową, wywoływała w wielkich dawkach wstrzymanie wydzielania soku trzustkowego, a równocześnie silny cukromocz. W soku trzustkowym, zwłaszcza po pożywieniu mięsnem, wykazać można tak u człowieka, jak i u psa, substancyę, działającą rozszerzająco na źrenicę żaby. Nadnercza u psa z przetoką trzustkową okazywały wybitne zmiany (brak komórek chromochłonnych), a wyciąg z nich utracił zdolność podnoszenia ciśnienia krwi. *A.*

## Pedyatrya.

E. Weill i G. Mouriquand. **O błoniczem zapaleniu spojówek po odrze.** (*Archives de médecine des enfants.* Nr. 2. 1909). Obok zwykłego błoniczego zapalenia spojówek, które od czasu stosowania surowicy ma zejście zwykle pomyślne, istnieje postać tegoż zapalenia, zawsze ciężka, a często śmiertelna: jest to zapalenie poodrowe. Rozwija się ono najczęściej u dzieci

małych (poniżej 4 lat) bądź w początkach odry (3—4 dni), bądź po zupełnem zniknięciu wysypki (w 2 i 4 tygodnie), często jednocześnie stwierdzić można zajęcie nosa, niekiedy jednak wszelkie inne błony (nosa, krtani i gardła) są zupełnie wolne. Zapalenie spojówek rozwija się szybko i odznacza się wybitnem obrzmieniem powiek, błonami wrzekomemi zarówno na powiekach, jak na spojówkach gałki ocznej, wreszcie wczesnem owrzodzeniem, a często i przedziurawieniem rogówek. Im wcześniej w przebiegu odry występuje to powikłanie, tem gorsze jest rokowanie: surowica (wstrzykiwania podskórne, podspojówkowe i wkraplanie do oczu) zupełnie zawodzi i w 40—50% przypadków następuje zejście śmiertelne (najczęściej wskutek zapalenia płuc); w 20—25% przypadków grozi zupełna utrata oczu, w 10—18% zaburzenia wzroku; w przypadkach, kiedy zapalenie spojówek rozwija się później (w 10—15 dni po zniknięciu wysypki) bywa powrót do stanu prawidłowego, choć i w tych przypadkach surowica działa niedostatecznie; zejście pomyślne wynosi 16—30%. *W. Jasiński.*

Prof. V. Hutinel i L. Rivet. **Ciężkie przypadki posocznicy w przebiegu cierpień skórnych u małych dzieci; przyczynek do sprawy zakażeń szpitalnych.** (*Arch. de méd. des enf.* Nr. 1. 1909). W 9 przypadkach wyprysku (głównie twarzy i głowy) u dzieci w wieku od 6 do 14 miesięcy (jedno 2-letnie), przyjętych do szpitala w stanie zupełnie dobrym, występowały niedługo po przyjęciu (3 razy już po kilku godzinach, w innych przypadkach po 24—30—36 godzinach, raz w 6 dni po przyjęciu) groźne objawy w postaci nadmiernego wzniesienia ciepłoty (41° do 42° i wyżej), bladości skóry, przyspieszenia tętna, drgawek itp. W 6 przypadkach zejście było śmiertelne, w 3 nastąpiło wyzdrowienie po kilkodniowych wahaniach ciepłoty. Badania pośmiertne narządów wewnętrznych wykrywały tylko nieznaczny naciek tłuszczowy wątroby; w skrawkach z tkanek drobnoustrojów nie stwierdzono. Badanie bakteryologiczne krwi (w 8 przypadkach) dwukrotnie dało wynik ujemny, 1 raz wykryto gronkowca złocistego, 5 razy paciorkowce (diplo-streptococci), z tych w jednym przypadku stwierdzono paciorkowca w hodowli bezpowietrznej. Omawiając istotę choroby w podanych przypadkach, autorzy odrzucają teoryę przerzutową i toksyczną, — nie podzielają też poglądów, przypisujących zejście śmiertelne w tych przypadkach zmianom w mięśniu sercowym lub w wątrobie i nerkach, natomiast przychylają się całkowicie do teoryi zakaźnej. Skóra stanowi wrota zakażenia, otoczenie zaś szpitalne dostarcza materyału zakaźnego; u dzieci starszych sprawa ogranicza się przytem do powierzchownego ropienia, — u młodszych (około roku), szczególnie dotkniętych krzywicą i mało odpornych, występują groźne objawy posocznicy. Szybki przebieg tych postaci zależy bądź od jadowitości zarazka, bądź też da się tłómaczyć nadwrażliwością (anaphylaxia), jaka wytworzyć się mogła u osobników, dotkniętych przewlekłem cierpieniem skórnem i znajdujących się niejako pod stałym wpływem gronkowców, paciorkowców lub innych drobnoustrojów. Szybkim przebiegiem choroby tłómaczyć należy brak zmian w narządach wewnętrznych, ujemne zaś wyniki badania krwi zależą bądź od małej ilości drobnoustrojów, bądź też od warunków badania (niekiedy wynik dodatni daje tylko hodowla bezpowietrzna). Przypadki wyprysku u dzieci do roku wymagają przeto zupełnej aseptyki, podobnie jak opatrunki chirurgiczne; należy też możliwie odosobniać je w celu zabezpieczenia od wtórnych zakażeń na przeludnionych oddziałach. *W. Jasiński.*

E. W. Mitchell i J. C. Oliver. **O wrodzonem przerostowem zwężeniu odźwiernika wraz z opisem dwóch przypadków.** (*Archives of Pediatrics.* Nr. 11. 1908). Zwężenie odźwiernika bywa dwojakiego rodzaju: przerostowe i kurczowe; zdarza się współdziałanie tych dwu przyczyn. Postać pierwszą spotyka się najczęściej u dzieci dobrze zbudowanych i odżywionych. Do najwcześniejszych objawów należą wymioty, które występują albo wkrótce po urodzeniu, albo po upływie dwóch do sześciu tygodni. Wymioty powtarzają się albo po każdem karmieniu, albo po kilku; nie ustępują po żadnym zabiegu; oddana zawartość żołądka zwykle dobrze przetrawiona, czasem z domieszką żółci. W dalszym przebiegu występuje postępujące wyniszczenie; brzuch zapadnięty, nadpępcze wypuklone, widać ruch robaczkowy żołądka z lewej strony w prawą, stolec zaparty. W niektórych przypadkach wyczuwa się guz w okolicy odźwiernika. Kurcz odźwiernika cechują; większa łagodność objawów, powolniejsze wyniszczenie, oraz przemijające okresy polepszenia, zależne od leczenia. Leczenie polega na unikaniu pokarmów gęstych. Najodpowiedniejsze karmienie piersią. W razie niemożności należy się zwrócić do środków zastępczych. Za każdym razem dawać dziecku małe ilości pokarmu, wskazane też są lawatywy odżywcze. Nieraz połykanie zdaje się wywoływać kurcz odźwiernika; w takim razie pokarm wprowadza się do żołądka przez zgłębnik przez nos. Wielkie też usługi oddaje płukanie żołądka rozczynem sody 1—2 razy dziennie. Wreszcie można stosować makowiec, atropinę, kokainę. Jeżeli pomimo tych zabiegów wymioty nie ustępują, dziecko traci wagę, wówczas zwlekać z operacyą nie można. Pierwsze spostrzeżenie autorów dotyczy dziecka, które zaczęło wymiotować dopiero w czwartym tygodniu; w szóstym wystąpiły charakterystyczne objawy zwężenia odźwiernika. Ponieważ wewnętrzne leczenie było bezowocne, więc przystąpiono do operacyi (w 50. dniu po urodzeniu). Okazało się, że odźwiernik miał zbitość niemal chrząstkową, ściany żołądka zgrubiałe i sztywne. Utworzono przetokę żołądkowo-jelitową. Ciepłota po operacyi podskoczyła do 39°, tętno niemiarowe 180 na minutę; 15 godz. po operacyi zaczęto dawać mleko, łyżeczkę co godzina. Na trzeci dzień stolce prawidłowe. Rana zagoiła się bez powikłań. W czwartym miesiącu po operacyi waga wzrosła w trójnasób. Przyp. drugi: Dziecko dobrze zbudowane i odżywione zaczęło wymiotować w trzecim tygodniu. Niebawem wystąpiły charakterystyczne objawy zwężenia. Po trzytygodniowych bezowocnych zabiegach wewnętrznych dziecko operowano tak, jak pierwsze. Pomimo mniej pomyślnego aniżeli w pierwszym przypadku przebiegu pooperacyjnego (rozejście się rany, wypadnięcie jelit), zejście było pomyślne. Chory wyszedł ze szpitala w 5 tygodni po operacyi. *S. Dulewicz.*

Ira S. Wile. **Błonica po wycięciu migdałków i wyrośli gruczołowatych.** (*Archiv. of Pediatrics* Nr 11. 1908). Jest rzeczą wiadomą, że po wycięciu migdałków rana pokrywa się zazwyczaj nalotami, przypominającymi błonicę. Przypadek autora dowodzi, że naloty te są nieraz objawem istotnej błonicy. Chora 17-letnia nazajutrz po wycięciu migdałków i wyrośli gruczołowatych ma silny ból gardła. Następnego (3-go) dnia występują naloty, C. 38,4°, tętno 110, ból gardła się wzmaga; C. podnosi się do 40° C. (4 dzień), tętno 120. Rozpoznano wtórne zakażenie paciorkowcem (5 dzień). Chora osłabiona, wysięk z nosa niezabarwiony krwią (6 dzień), naloty rozszerzają się na gardło i nos (7 dzień), kilka plamek białawych na dziąsłach u dolnych siekaczy. W hodowli otrzymano z błon prątki błonicy. Chorej wstrzyknięto (następnego dnia nad ranem) 10000 jednostek antytoksyny; po pewnym czasie dawkę powtórzono, jednak bez skutku: obrzęk gardła wzmógł się, stwierdzono powiększenie gruczołów podżuchwowych i szyjnych. Nazajutrz (8 dzień) dano 1200 j. Pomimo to wystąpiły objawy osłabienia serca i chora zmarła. Badania bakteryologiczne wydzielin z gardła, wykonane przed śmiercią, wykazały obecność prątków błonicy i paciorkowców. Przez cały czas choroby nie było cuchnienia z ust. *S. Dulewicz.*

S. Furio. **Przyczynek do nauki o spazmofilii u dzieci.** (*La Pediatria.* Luty 1909). Autor omawia szczegółowo przypadek drgawek u 11-miesięcznego dziecka, co do których rozpoznanie wahało się między tężyczką a rzucawką (eclampsia) i nie zostało wogóle ustalone. Autor sprzeciwia się twierdzeniu, jakoby rozpoznanie różniczkowe tych dwu postaci drgawek należało do tak łatwych zadań, jak to utrzymuje większość innych autorów. Za tężyczką przemawiał w omawianym przypadku dodatni wynik zastosowanego leczenia chlorkiem wapnia. Autor podawał sól tę dziecku w ilości 0.5 p. d. i osiągnął natychmiastową poprawę: drgawki ustąpiły odrazu, a napięcie mięśni w ciągu kilku dni. Leczenie tężyczki chlorkiem wapnia, wprowadzone przez Nettera, jest potwierdzeniem badań Sabasaniego i Questa nad wpływem soli wapnia na pobudliwość układu nerwowego i zaprzeczeniem teoryi Stölznera, podług której tężyczka wywołana zostaje przez zatrucie ustroju nadmiarem tych soli. *H. Rozenblatówna.*

Haendel i W. Schultz. **Odchylenie dopełniacza w surowicach dzieci chorych na płonicę.** (*Zeitschrift für Immunitätsforschung.* Grudzień 1908. T. I.). Przyczyną podjęcia pomienionych badań była chęć sprawdzenia wyników Mucha i Eichelberga, podawanych w wątpliwość przez cały szereg autorów, co do występowania odczynu Wassermanna w surowicach chorych na płonicę. Badając zachowanie się 48 surowic, pochodzących z dzieci w wieku 2—15 lat, chorych na płonicę, u których można było z zupełną pewnością wyłączyć zarówno wrodzoną, jak nabytą kiłę, względem wyciągu wątroby kiłowej, autorzy stwierdzili wprawdzie w większości przypadków zahamowanie hemolizy, jednakże nie tak bezwzględnie we wszystkich przypadkach, jak w doświadczeniach z surowicami kiłowemi. Inaczej zachowywały się te same surowice w obecności wyciągu z wątroby również z przypadków płonicy: z 31 badanych u 24 wystąpił odczyn

Wassermanna, natomiast surowice kiłowe z wyciągiem wątroby z przypadków płonicy odczynu często nie dawały. Dane te przemawiają podług autorów za swoistością odczynu Wassermanna zarówno przy kile, jak przy płonicy, powinny być jednak potwierdzone przez dalsze badania. *H. Rozenblatówna.*

P. H. Römer. **Wchłanianie antytoksyn surowicy i mleka przez jelita.** (*Zeitschrift f. Immunitätsforschung.* Styczeń 1909. Praca autora jest dalszym ciągiem badań Salyego, Bertareliego i innych, oraz dawnych jego własnych nad zdolnością ustroju do wchłaniania antytoksyn drogą przewodu pokarmowego i została podjęta w celu sprawdzenia na zwierzętach wyników, otrzymanych przez Salyego w doświadczeniach u osesków. Wyniki, otrzymane przez autora, potwierdzają dane Salyego: antytoksyny, zawarte w mleku klaczy, uodpornionej biernie przeciw tężcowi i wraz z mlekiem wprowadzone do przewodu pokarmowego źrebięcia, zostają wchłonięte w stosunkowo znacznej ilości ($^1/_{10}$ wszystkich antytoksyn), natomiast tesame antytoksyny, zmieszane »in vitro« z mlekiem matki, nie zostają zupełnie wchłonięte przez jelita. Dowodzi to, że gruczoł mleczny posiada pewne własności, sprawiające, że antytoksyny mogą zostać przyswojone przez ustrój i drogą jelit, własności, których istota jest jeszcze zupełnie tajemnicza.

Z pracy swej wysnuwa autor kilka praktycznych wskazówek w sprawie karmienia niemowląt, przy którem powinno się przedewszystkiem uwzględniać biologiczne własności mleka wzgl. pokarmu matki, gdyż mleko, jako martwy związek, może istnieć dla chemika, ale nie dla pedyatry. *H. Rozenblatówna.*

Prof. Feer. **Przyczynek do kliniki i leczenia ustrojowego wyprysku osesków.** (*Münch. med. Wochsr.* Nr 3, 1909, str. 113). Wraz z Marfanem dzieli autor wyprysk osesków na: 1) mokry, skorupowaty wyprysk głowy (nasz ognipiór); — spotyka się go przeważnie u tłustych, przekarmionych dzieci i osesków; 2) suchy, rozsiany wyprysk całego ciała przeważnie u sztucznie żywionych, nieraz mizernych dzieci. Wyprysk osesków nie jest, podług autora, jak zresztą uważa to i wielu innych pedyatrów, chorobą tylko skóry, lecz objawem zaburzeń w wymianie materyi, które Czerny nazywa skazą wysiękową (»exsudative Diathese«), Escherich-Paltauf stanem limfatycznym (»status lymphaticus«), Neubauer limfatyzmem. Często zdarza się przy wypryskach nagła, niewytłómaczona nawet zakażeniem krwi śmierć, tak zwany »Eczem-Tod«. Miejscowo zaleca autor ogólnie przyjęte proste zabiegi: Odmoczenie strupa przy pomocy okładu ogrzewającego, następnie okłady z rozczynu octanu glinu dla zmniejszenia wydzielin powierzchni, potem jakąś maść gojącą: cynkową, 2—5% thigenolową, bizmutową, pastę Lassara. Przy rozsianym wyprysku kąpiele siarczane (30—50 gr, na kąpiel). Daleko ważniejsze jest zwalczanie zaparcia stolca i odżywianie, a w pierwszej linii zmniejszenie u przekarmionych ilości pokarmu. U osesków starszych (6—12 miesięcy) zauważył autor polepszenie po przejściu na odżywianie mieszane z dodawaniem mączki, puré, jarzyn, soku owoców. Zainteresowany twierdzeniem Finkelsteina, że sole serwatki wywołują wyprysk, przeprowadził autor doświadczenia z zupą Finkelsteina. W niektórych przypadkach przeważnie u dzieci I. kategoryi nastąpiło polepszenie, jednakowoż takie samo polepszenie zauważał autor przy odżywianiu dzieci z wypryskiem serwatką. Wobec tego autor uważa, że wyprysk wywołują nie sole serwatki, lecz połączenie obfitych soli z serwatki z większą ilością tłuszczów, to jest mleko jako całość. Jaja i mięso uważa autor za stanowczo szkodliwe. Do artykułu dołączono wyciągi z 27 historyi chorób.

*Miecz. Michałowicz.*

Ad. Würtz. **Stosowanie kamfory u osesków przy zatruciach wskutek nieodpowiedniego odżywiania.** *Münchener medizinische Wochenschrift.* 1909, Nr 3, str. 135). Wobec tego, że po wstrzyknięciu fizyologicznego rozczynu soli serce nieraz zatrzymuje się, radzi autor nie ograniczać się w przypadkach wielkiego wycieńczenia chorego jedynie do wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli, lecz wstrzykiwać energicznie kamforę. Ustrój dziecięcy doskonale znosi kamforę Jedno z dzieci otrzymało n. p. w ciągu dziesięciu dni 59 strzykawek. Autor wstrzykuje oliwę kamforową co 3 godziny od $^1/_2$ do 1 strzykawki w 10% roztworze. *Miecz. Michałowicz.*

Carl Hart. **Skłonność szczytów płuc do zakażenia gruźlicą oraz prawo usadowienia się pierwszego (gruźliczego) ogniska w płucach.** (*Münch. med. Wochschr.* Nr 3. 1909). Autor, prosektor szpitala Augusty-Wiktoryi w Schönebergu-Berlinie, twierdzi na zasadzie obserwacyi zgodnie z W. A. Freundem, że szczyty płuc znajdują się często w warunkach niedogodnych dla ruchów oddechowych wskutek zwężenia górnego otworu klatki piersiowej w następstwie nieprawidłowego, często spotykanego skrócenia jednego, lub obu pierwszych żeber. Zwężenie owo ustala się po ostatecznem stwardnieniu chrząstek, to jest po przejściu przez okres dojrzewania. U dzieci dlatego tak rzadko spotykamy gruźlicę szczytów, że płuca, jak twierdzi autor, nie rozrosły się w tym stopniu, by się wtłoczyć do wązkiego pierścienia pierwszego żebra. W porównaniu do wysokiego szczytu płuc u dorosłego, szczyt płuc u dziecka przedstawia się płasko. O ucisku szczytu płuc dziecka nie może być zatem mowy w warunkach fizyologicznych. *Miecz. Michałowicz.*

Geihsler. **Przyczynek do leczenia wyprysku natury ogólnej w wieku dziecięcym.** (*Münch. m. Woch.* 1909. Nr 8, str. 387). Autor zastosował w 2 przypadkach wyprysku u dzieci metodę odżywiania bezsolnego (Finkelstein Med. Klin. 1907 Nr 37). W pierwszym przypadku 6-letnie dziecko otrzymywało 1—2 gr. soli kuchennej dziennie. Pożywienie składało się z $1^1/_2$ litra mleka, w tem $^1/_4$—$^1/_5$ śmietanki, sucharka, 2 jajka, 200 gr. jarzyn, 70 gr. mięsa, około 40 gr. masła i owoców. Chory, poczynając od 6 tygodnia życia, cierpiał stale z przerwami i nawrotami na uporczywy wyprysk, wyleczył się bez uciekania się do środków miejscowych; waga ciała wzrosła przytem o 2 kilogramy. W drugim przypadku u $2^1/_2$ letniego dziecka, które z nawrotami cierpiało na wyprysk, w ciągu 3 tygodni osiągnął autor zupełną poprawę po zastosowaniu odżywiania bezsolnego. Pożywienie, składające się z $^1/_2$ litra mleka, 60 cm³ śmietanki, z herbaty z kwiatu lipowego, z jajka i z niewielkiej ilości mięsa, z jarzyn, kleiku, bułki, wielkiej ilości masła. W tem ani odrobiny soli. Miejscowo stosowano tylko puder. *Miecz. Michałowicz.*

---

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie przemyskie.

**Posiedzenie d. 25 czerwca 1909.**

Kol. Slęk przedstawia chorych operowanych w szpitalu, jakoteż uzyskane drogą zabiegu operacyjnego preparaty anatomo-patologiczne.

I. Pięcioro chorych operowanych z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego.**

*a*) Trzy służące szpitalne, operowane w pierwszych kilku godzinach po wystąpieniu napadu ostrego. U chorych tych znaleziono podczas operacyi prócz silnego przekrwienia całego wyrostka, licznych wybroczyn, świeżych zlepów, — stare zrosty. Chore ostrych napadów tak dolegliwych, jak obecny, nie przechodziły, jednak dłuższy czas cierpiały na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. *b*) Studenta po wycięciu wyrostka, operowanego w 4 tygodnie po wystąpieniu powtórnego napadu. Pierwszy napad przed rokiem. Chory, przywieziony w drugim tygodniu choroby, w stanie bardzo groźnym. Wyrostek w tym przypadku był spiralnie skręcony naokoło osi kilkakrotnie, podobnie jak ogon świński. *c*) Chorą, operowaną w pierwszych 13 godzinach od wystąpienia ostrego napadu. Pierwszy napad przed rokiem trwał 3 tygodnie. Operowano natychmiast, przypuszczając przedziurawienie. Wyrostek robaczkowy w połowie zgorzelinowy, zielonkawym nalotem pokryty. Koniec sieci zgrubiały, zgorzelinowy, jak również w kątnicy 2 miejsca pokryte nalotami zielonawymi. Prócz tych zmian znaczna ilość posoki. Sieć zresekowano, miejsca pokryte nalotami na kątnicy oczyszczono i pokryto szwem po odjęciu wyrostka. Ranę częściowo zaszyto, częściowo wytamponowano.

II. Trzy **wyrostki robaczkowe** z chorych, którzy już opuścili szpital uleczeni: *a*) Wyrostek w $^1/_3$ dolnej przedziurawiony, w którem to miejscu sieć zalepiła otwór, ale była bardzo lekko przyczepiona do wyrostka, tak, że przy nadzwyczaj delikatnem pociągnięciu dawała się oddzielić. Operowany w 8 dniu choroby, w którym zaczęła się żółtaczka. *b*) Wyrostek robaczkowy, który w końcu przewężony znacznie i przekrwiony, zawierał gniazdo glistnic (*ascaris vermicularis*). Operowany w pierwszych 34 godzinach. *c*) Wyrostek w połowie zgorzelinowy, którego dolną część zatykał kamień wielkości orzecha laskowego. W dolnym końcu, rozszerzonym gruszkowato, znaleziono około 20—30 gramów ropy (*empyema pr. ver.*). Nawiązując do przedstawionych przypadków, podnosi prelegent, że należy operować każde zapalenie wyrostka robaczkowego i to o ile możności natychmiast, gdyż obraz chorobowy i ogólne wejrzenie chorego,

nieraz stoją w odwrotnym stosunku do zmian patologicznych, toczących się w wyrostku, a pomimo skrupulatnego badania nie możemy nigdy rozstrzygnąć, jak choroba postępować będzie i jaki będzie przebieg. Prelegent podnosi przytem, że procent śmiertelności, przy operowaniu w pierwszych godzinach nie przenosi 1—1$^1/_2$%. Zdania zaś Thomayera, jakoby przy zapaleniu wyrostka robaczkowego nikt nie umierał, spostrzeganie kliniczne nie potwierdza.

III. Przypadek **ran postrzałowych trzew brzusznych**. Student, postrzelony 4 tygodnie temu kulą flobertową w brzuch, powyżej spojenia łonowego. Znaleziono 4 otwory w jelitach cienkich, 2 w pęcherzu i 2 w kiszce stolcowej. Operowano w 4 godziny po wypadku. Mimo 2 otworów w pęcherzu chory oddawał mocz czysty. strumieniem, zupełnie prawidłowo. Piątego dnia po operacyi odeszły z moczem przez cewkę moczową kawałki ubrania i bielizny. Podczas operacyi znaleziono znaczną ilość moczu w jamie brzusznej. Chory opuszcza szpital zupełnie uleczony.

IV. Preparat **mięsaka migdałka** lewego z przerzutami w gruczołach i mięśniu mostkowo-obojczykowo-sutkowym, operowany sposobem Rydygiera jun. Prelegent podnosi zalety tego cięcia, które daje znakomity dostęp do pola operacyjnego. Chory operowany przed 7 miesiącami ma się po dzień dzisiejszy zupełnie dobrze.

V. Preparat **wola**, operowanego w dniu dzisiejszym; wole wielkości jaja gęsiego sprawiało nadzwyczaj wielkie dolegliwości w oddychaniu, z powodu usadowienia się pod mostkiem.

VI. **Kości czołowe** wyjęte u chorego, którego koń kopnął. Objawy ucisku mózgu i podwyższona ciepłota ustąpiły po zabiegu.

VII. Nie nadający się do operacyi **mięsak odbytnicy** u chorej 21-letniej z przerzutami w jamie brzusznej.

VIII. Chora z **rakiem nerki.**

IX. Chora i preparat anatomiczny **ropniaka jajowodu** po operacyi.

X. Chora po laparotomii z powodu **zwężenia jelit** i **przetoki kałowej,** pozostałych po operacyi, wykonanej rok temu w Gnieźnie z powodu wyrostka robaczkowego. W jamie brzusznej znaleziono guz, wychodzący z jajnika prawego, otoczony silnymi zrostami i zepchnięty do miednicy małej. Odbytnica przesunięta na stronę prawą. Po oddzieleniu zrostów i oddzieleniu jelit, wydobyto guz w całości. Przyczyną przetoki kałowej była podwiązka jedwabna założona na kikut wyrostka robaczkowego. (Streszczenia własne).

---

## Towarzystwo lekarskie łódzkie.

### Posiedzenie dnia 5. maja 1909.

Przewodniczący kol. K. Jasiński. Sekretarz: E. Sonnenberg. Obecnych 36 osób.

Posiedzenie wypełniła całkowicie dyskusya nad odczytem kol. Sterlinga: **O posocznicy ze stanowiska medycyny wewnętrznej.** Dyskusya obracała się przeważnie około wartości poszczególnych metod i środków, stosowanych przy posocznicy. Biorący udział w dyskusyi wypowiadali swoje opinie na podstawie własnego doświadczenia.

Kol. Klozenberg mówił o wartości kollargolu. Kol. M. Cohn i Goldberg o stosowaniu kollargolu i o wartości wlewań fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Kol. Perlis o kollargolu i o adrenalinie.

Kol. Schoenaich zaznacza, że, chcąc ocenić działanie kollargolu, należy zastosować go wcześnie i w odpowiedniej dawce. Od kilku tygodni w szpitalu Anny-Maryi zaczęto systematycznie leczyć chorych na płonicę lawatywami z kollargolu. Gdy tylko po 4—6 dniach, przy wystąpieniu obrzmienia śledziony, zielonych wypróżnień, obrzmienia stawów i t. d. ciepłota nie spada i stan ogólny pogarsza się, chorzy zaczynają dostawac lawatywy z kollargolu. O wynikach, wobec małej dotąd liczby przypadków nic stanowczego powiedzieć nie można. Że w nawet bardzo ciężkich przypadkach posocznicy płoniczej może nastąpić samowyleczenie, o tem świadczą dwa przypadki, spostrzegane w szpitalu Anny-Maryi, z których w jednym, dotyczącym 14-letniej dziewczynki, objawy bardzo ciężkiej posocznicy, z utratą przytomności, wybitnem obrzmieniem śledziony, wątroby, stawów, wysoką ciepłotą, wystąpiły 9. dnia choroby i trwały do 24. dnia, gdy po otwarciu 4 powierzchownych ropni, powstałych na brzuchu i dolnych kończynach, ciepłota spadła i stan ogólny poprawił się. W drugim przypadku, dotyczącym 3-letniego chłopca, objawy również bardzo ciężkiej posocznicy z utratą przytomności, obrzmieniem śledziony i t. d. wystąpiły 10. dnia choroby i trwały do 23. dnia, gdy wystąpiły na zewnętrznej stronie obu ud ograniczone nacieki. Po przecięciu powstałych z owych nacieków ropni nastąpiło wyleczenie.

(Streszczenie własne).

Kol. Brzozowski mówił o wartości stosowania surowic: przeciwpaciorkowcowej i przeciwgronkowcowej oraz podkreślił potrzebę zwracania uwagi na odpowiedni wybór surowicy w każdym poszczególnym przypadku posocznicy, t. j. że należy stosować surowicę przeciwgronkowcową, gdy przyczyną są przeważnie gronkowce i surowicę przeciwpaciorkowcową, gdy przyczyną jest paciorkowiec. Nie dosyć ścisłe przestrzeganie wymienionych wskazań stanowi — zdaniem kolegi Brzozowskiego — przyczynę niepowodzeń. Kol. Kaufman zaznacza, że w zakresie położnictwa, pomimo znacznego rozwoju bakteryologii, zarówno wiadomości nasze o istocie zakażenia jak i leczenie go w ostatnich latach bardzo mało posunęły się naprzód. Zmieniła się raczej strona formalna, klasyfikacya i terminologia postaci chorobowych. W sprawie samozakażenia od czasu pamiętnych prac Döderleina oraz Kröniga i Mengego nie ma również wybitniejszego postępu. Poznano dokładniej florę pochwy, nie wykazano jednak, o ile jest ona przyczyną zakażenia. Przeciwnie na zasadzie nauki o odporności nabiera wagi twierdzenie, iż ustrój potrafi przystosować się do przebywających w nim mikrobów, choroba zaś zakaźna jest skutkiem wtargnięcia nowych zarazków z zewnątrz. Następnie K., jakkolwiek przyznaje, iż wrzodziejące zapalenie osierdzia jest tylko jedną z postaci zakażenia septycznego sądzi, iż odrębność zapalenia wsierdzia utrzymać należy, ponieważ ma ono pewne szczególne cechy kliniczne (zachowanie się tętna i objawy psychiczne) i rokowanie inne gorsze mianowicie, niż inne postacie tego zakażenia. W sprawie leczenia K. jest zdania, iż o działaniu surowicy nic pewnego powiedzieć nie można bez względu na to, czy wstrzykiwania robiono wcześnie (jak podaje prelegent), czy też dopiero po wyczerpaniu innych środków.

Wreszcie kol. Silberstrom w dłuższem przemówieniu zwrócił uwagę na korzyści, wynikające z badania bakteryologicznego krwi przy posocznicy. Kol. S. szczegółowo opisał technikę badania krwi. Zdaniem kol. S. dodatnie wyniki badań otrzymuje się w przeszło połowie przypadków posocznicy, a badania mają znaczenie nietylko rozpoznawcze, lecz mają wartość z punktu widzenia rokowania i leczenia.

Kol. Sterling odpowiada: Dyskusya zajęła się przeważnie sprawą terapii, o której właśnie prelegent prawie że nic nie mówił. Inne zarzuty skierowane były przeciw pojęciu samozakażenia w położnictwie i o tem prelegent nie mówił. Samozakażenie w patologii chorób wewnętrznych odgrywa rolę niewątpliwą. Dla posocznicy jest ono ważne, bo tłomaczy powstanie objawu tego cierpienia bez istnienia ogniska pierwotnego. S. nie chce powtarzać motywów w odczycie wypowiedzianych. Złośliwe zapalenie wsierdzia dalej uważa S. za umiejscowienie posocznicy; powikłania przy zapaleniu wsierdzia, to przecież tylko nowe przerzuty, istniejące obok sercowych. Przykład oponenta, przytaczającego obraz zapalenia wsierdzia w przebiegu zakażeń posocznych, nie przeczy, ale potwierdza pogląd prelegenta. Dowód przeciw samozakażeniom, polegający na przytoczeniu faktu, że właśnie słabe zakażenie przez przygodne pasorzyty bakteryjne chronić ma ustrój od skutków zakażenia tą samą bakteryą, nie liczy się ani z ilością zarazka, ani ze zmiennością podłoża. W przemówieniu, poświęconem opisowi techniki badania krwi, upatruje S. błąd, polegający na używaniu wyrażenia: bakteryobójcze działanie krwi, zamiast właściwego i wyjaśniającego istotę spostrzeganych objawów, wyrażenia: bakteryolityczne działanie krwi. (Streszczenie własne).

---

## Towarzystwo lekarskie radomskie.

### Posiedzenie z dnia 3. kwietnia 1909.

Przewodniczący kol. H. Fidler. Obecnych 16 członków. Przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawił 2 chore: 1) L. L., 66 lat mającą, u której z powodu dużej **torbieli jajnika,** wypełniającej całą jamę brzuszną, dokonał laparatomii. Wygojenie doraźne. Wyzdrowienie. 2) 32-letnią M. J. Ostatni peryod miała 27. XI. 1908. Przy pracy 6. I. 1909 poczuła

nagle silny ból w prawej stronie brzucha, który ustąpił dopiero po wstrzyknięciu morfiny. 24. I. 1909 znów pojawiły się bole z prawej strony brzucha w okolicy wyrostka robaczkowego. Chora przybyła do szpitala 3. II. 1909. Ciepłota dochodziła przez 4 dni do 38·5°. Przy badaniu dwuręcznem wyczuwa się nieco powiększoną macicę w prawidłowem położeniu. Przydatki — wobec wzdętego brzucha nie dają się wymacać. Rozpoznanie wahało się między ciążą jajowodową prawą, a zapaleniem wyrostka robaczkowego przy istniejącej ciąży. Gorączka wkrótce ustąpiła. 1. III. 1909 chora znów zaczęła narzekać na te same bole. Przy badaniu dwuręcznem daje się teraz wyczuć obok macicy z prawej strony guz nietwardy, nieco ruchomy, wielkości pomarańczy, niebolesny. Rozpoznano: **ciążę jajowodową prawą.** 8. III. 1909 laparatomia, cięcie Pfannenstiela. Sieć przyrośnięta do dna macicy. Nieduży krwistek przedmaciczny, który powstał wskutek pęknięcia prawego jajowodu. »Pars isthmica« prawego jajowodu znacznie rozszerzona, na górnej powierzchni pęknięcie 4 cm długości· w otworze tym sterczy guz krwawy wielkości dużej pomarańczy. Wycięto prawy jajowód i prawy jajnik zmieniony. Trzypiętrowy szew na ściany brzuszne. Wygojenie doraźne. (Streszczenie własne).

Kol. Rogoziński przedstawił chorą po dokonanej operacyi z powodu **peritonitis purulenta circumscripta e cholecystitide calculosa.**

1) Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto i podpisano.

2) Kol. H. Fidler wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Dr Teodorze Duninie: »Na biednej niwie naszego skołatanego życia, bujnie porosłej chwastem niewoli i przymusowego bezruchu, od czasu do czasu wystrzeli wspaniały kwiat, o kielichu pełnym talentu i oryginalnej twórczości. Wyniosły a dumny wśród pochylonej trawy leniwie wlokącej swój przyziemny żywot, spogląda śmiało w świetlane oblicze słońca wiedzy i prawdy, a czerpie soki z rodzinnej macierzy — z ojczystej swej ziemi. Takim kwiatem był przedwcześnie zmarły znakomity nasz lekarz i wielki obywatel ś. p. Dr Teodor Dunin. Żył lat 55. Żywot to krótki, lecz bogaty w treść: żywot pełen umiłowania wiedzy i piękna, niezmordowanej pracy, dążenia do nieustannego doskonalenia siebie i innych wokół siebie, żywot pełen dociekań i badań dla dobra cierpiącej ludzkości i głębokiej a ofiarnej miłości dla kraju. Nie będę tu wyliczał długiego szeregu Jego prac naukowych. Znajdziecie je, Szanowni Panowie, w naszych pismach fachowych. Lecz, co ważniejsza, chcę tutaj przypomnieć i uwypuklić Jego działalność dydaktyczną i społeczno-lekarską. Ś. p. Dunin, obdarzony potężną indywidualnością umysłową, bystrym zmysłem spostrzegawczym i głębokim krytycyzmem, wykształcony w pracowniach naszych uczonych tej miary, co Hoyer, Nawrocki i Brodowski, późniejszy uczeń Charcota i znawca wszystkich niemal kuźni naukowych na Zachodzie, stanął do warsztatu pracy na skromnem stanowisku ordynatora szpitala Dzieciątka Jezus. Zastał oddział zaniedbany i pozbawiony wszelkich środków naukowych: dość powiedzieć, iż po swoim poprzedniku odziedziczył on jedynie fartuch i młotek. Zmarły, pojmując całą doniosłość nowoczesnych sposobów badania, stworzył w szpitalu własnymi środkami pracownię naukową, w której w szeregu lat spędzał lwią część swego czasu. Dzisiaj pracownia ta, w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus, zaopatrzona wybornie, śmiało stanąć może obok najlepszych pracowni zachodnich, zakładanych i utrzymywanych kosztem państw i bogatych uniwersyteckich miast. Zmarły, dzięki swemu talentowi podniósł znaczenie oddziału do poziomu wzorowych klinik obcokrajowych. Tam też gromadził koło siebie zastępy współpracowników, uczniów i słuchaczy, a, dając im stałą zachętę, wyszukując tematy, przysporzył wiedzy lekarskiej wogóle, a naszej w szczególności, szereg prac naukowych pierwszorzędnego znaczenia. W tym czasie, gdy warszawskie kliniki uniwersyteckie dzięki specyalnym warunkom naszym, nie dawały młodzieży, chętnej do pracy, żadnego kierunku i niczego nie uczyły, gdy na katedrach profesorskich butnie się rozpierało nieuctwo i politykomania, oddział ś. p. Dunina kształcił pokolenie nietylko naszych uczonych, lecz i dzielnych lekarzy-praktyków. Dunin sam własnymi środkami i własną pracą zapełniał tą olbrzymią lukę w nauczaniu, jaka powstała w społeczeństwie naszem po ostatecznem jego rozbiciu. Dunin też, rzec można bez przesady, stworzył szkołę lekarską w całem tego słowa znaczeniu. Mówiłem to przedwcześnie, niestety, zgasłemu na otwarciu naszego Towarzystwa lekarskiego, które zaszczycił swą obecnością w charakterze delegata Tow. lekarskiego warszawskiego, jako jego Prezes. W osobie Dunina, jako przewodnika, ponieśli niepowetowaną stratę nietylko Jego najbliżsi współpracownicy, lecz i my wszyscy, cośmy się tylko dorywczo z Nim stykali bądź na naradach, bądź w Jego oddziale. Gdyby temu człowiekowi danem było przemawiać z katedry do licznego szeregu słuchaczy, stałby się nietylko ozdobą wszechnicy, lecz obdarzyłby społeczeństwo swoje daleko znaczniejszym zastępem dzielnych lekarzy. Stało się inaczej — nie Jego w tem wina«.

»Zmarły, pojmując całą doniosłość dobrych urządzeń społeczno-lekarskich, chcąc dźwignąć wysoce u nas zaniedbaną sprawę leczenia suchotników w odpowiednich uzdrowiskach, dążył całą siłą swej mocy duchowej i niespożytej energii, dzielnie wspomagany w tem przedsięwzięciu przez godną siebie Małżonkę, do stworzenia uzdrowiska w naszym kraju, tak biednym, a tak potrzebującym podobnej instytucyi. Gromadził też środki, pobudzając ofiarność publiczną, która pospieszyła na wezwanie znakomitego lekarza, wreszcie sam z własnej szkatuły znaczną przeznaczył sumę, aż d. 29. listopada r. z. oddał w ręce społeczeństwa swe ukochane dziecko, swój twór i swój pomysł — uzdrowisko w Rudce. Gdy się pytano ś. p. Dunina przed operacyą, czemu się jej nie poddał przed 2 laty, odrzekł: »A któż mi zaręczy, żebym wtedy operacyę przetrzymał? Cóżby się stało z Rudką?« Te słowa najlepiej charakteryzują zmarłego: dla ukochanej idei, dla dobra społecznego, ś. p. Dunin nie wahał się poświęcić swego zdrowia i życia. To też uzdrowisko w Rudce — to wiekopomny czyn Dunina, wielkiego obywatela lekarza — zawsze przypominać winno społeczeństwu naszemu postać swego twórcy i znaleść poparcie ofiarnego ogółu. Działalność zmarłego zakreślała jeszcze szersze koła. Na stanowisku prezesa Towarzystwa lekarskiego warszawskiego prowadził to najstarsze u nas Towarzystwo naukowe w sposób świetny. Gdy powstała Macierz Szkolna, a w niej Koło imienia Chałubińskiego, ś. p. Dunin powołany został na przewodniczącego i gorąco zajmował się zarządem szkółki, której był opiekunem i kierownikiem. Towarzystwo Naukowe Warszawskie powołało zmarłego na rzeczywistego członka. On też opracował plan działalności Towarzystwa, zdumiewający szerokością poglądów społeczno-naukowych i pełen obywatelskiego ducha. Stowarzyszenie lekarzy polskich powołało ś. p. Dunina na swego przewodniczącego, dając Mu w ten sposób dowód swego wysokiego uznania«.

»Oto jak różnorodna, a zarazem owocna była działalność zmarłego! Społeczeństwo nasze przez śmierć ś. p. Dunina poniosło niepowetowaną stratę, a my lekarze dzielnego przewodnika, który imię polskiej medycyny rozsławił po szerokim świecie. Wielkich bojowników, czy to myśli, czy też czynu, naród każdy czcić powinien! Uczcijmy i my godnie pamięć lekarza-obywatela, który wystawił sobie pomnik trwalszy od spiżu. Dajmy i my swój wdowi grosz na uzdrowisko w Rudce, które słusznie powinno nosić imię swego twórcy. A teraz powstańmy, by w danej chwili tym aktem dać choć skromny wyraz naszego dla zmarłego hołdu i żalu z powodu bolesnej straty«.

Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie ze swych miejsc oraz złożyli na sanatoryum w Rudce 91 rb.

3) Kol. przewodniczący otwarł dyskusyę nad **Projektem organizacyi związku zawodowego lekarzy przy Tow. lek. radomskiem.** Rozpatrzono §§ 15, 16 i 17 »Projektu«, przyczem dwa ostatnie paragrafy (16 i 17) postanowiono wykreślić zupełnie.

**Posiedzenie d. 22. maja 1909.**

Przewodniczący kol. Kaz. Wędrychowski. Obecnych 24 członków i 2 gości.

1) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia

2) Kol. Raszkes przedstawił preparat i opisał **włókniakomięśniaka macicy.** Chora H. W., lat 48, nigdy nie rodziła. Peryody zjawiały się regularnie co 4 tygodnie, od roku bardzo obfite. Przed 5 miesiącami zauważyła guz w brzuchu. Guz ten rósł bardzo prędko i dochodził do pępka, ruchomy, niebolesny. Przy badaniu dwuręcznem okazuje się, że guz o nierównej powierzchni, twardy, znajduje się w związku z macicą i wypukla znacznie tylne sklepienie. Wobec bardzo szybkiego wzrostu guza R. postanowił go usunąć: dokonano cięcia brzusznego w linii środkowej i nadpochwowej amputacyi macicy. Guz wychodził z tylnej ściany macicy. Gojenie prawidłowe oprócz nieznacznego ropienia w dwóch szwach. (Streszczenie własne).

3) Kol. Fidler przedstawił 6 chorych, leczonych w ciągu 5 miesięcy **tuberkuliną Beranecka.**

**Posiedzenie dnia 26. czerwca 1909 r.**

Przewodniczący kol. Fidler. Obecnych 8 członków.

Przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawił

chorą Z., u której dokonał przed 3 miesiącmi **operacyi Schauty-Wertheima.** Chora, mająca 72 lata, cierpiała od kilkunastu lat na całkowite opadnięcie macicy. Po zagojeniu znacznych owrzodzeń na części pochwowej macicy R. dokonał zabiegu w ten sposób, że wszył trzon macicy między pęcherz moczowy, a przednią ścianę pochwy, z której wyciął 2 duże płaty — w końcu dokonał kolpoperineoplastyki. Gojenie doraźne. Chora pomimo swego podeszłego wieku czuje się wybornie i zdolna jest do pracy fizycznej.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto i podpisano.

2) Przyjęto do wiadomości, iż w pierwszej połowie października r. b. odbędzie się w Warszawie I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich.

3) Przyjęto w poczet członków rzeczywistych Towarzystwa kol. Piotra Olszewskiego z Opoczna.

4) Rozpatrzono i uchwalono redakcyę § 15, 18 i 19 »Projektu organizacyi związku zawodowego lekarzy przy Towarzystwie lek. radomskiem«.

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

**Cavete!** Państwowy Związek organizacyi lek. austr. przypomina, że bojkotowaną jest m. i. posada lekarza gminnego i lekarza kasy chorych fabryki sody hr. Larischa w Piotrowicach na Śląsku cieszyńskim obok szeregu posad w innych krajach austr., wymienionych w poprzednich ogłoszeniach Związku. *R.*

**IV. walne zebranie Towarzystwa międzynarodowego prasy lekarskiej** odbędzie się w Peszcie 27. i 28. sierpnia przed Zjazdem lekarskim. Referaty główne objęli:

Dejace (Belgia): Zadania międzynarodowego Towarzystwa prasy lekarskiej.

Dawson-Williams (Anglia): O stworzeniu stale funkcyonującego międzynarodowego biura dla zjazdów lekarskich.

Schwalbe (Niemcy): Ogłaszanie tegosamego artykułu w kilku czasopismach.

Blondel (Francya): Założenie centralnego biura celem wydawania streszczeń prac oryginalnych w trzech językach.

**Choroby zakaźne we Lwowie.** Od 8. VIII. do 14. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: płonicy 16 † 2 (w tem obcych 5 † —), odry 13 (—), duru brzusznego 6 (3). *Dr Legeżyński.*

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 8. VIII. do 14. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych 4 † 1), płonicy 4 (2), odry 3 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 7 † 1 (3 † 1), czerwonki 2 † 2 (2 † 2), cholery dziecięcej 5 † 5 (1 † 1), tężca 1 † 1 (1 † 1), ospówki 1 (—). *Dr Janiszewski.*

### Międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie.

Polski Komitet Zjazdu zamknął swe czynności przedzjazdowe — we wszystkich sprawach należy się zwracać wprost do głównego Komitetu w Peszcie, który wszystkie agendy skupił w swem wyłącznie ręku. — W czasie Zjazdu postara się Komitet polski, by było utworzone osobne biuro polskie, jako punkt zborny dla uczestników Polaków.

Prezes: *Wicherkiewicz.*

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego«, Prof. Dr Ciechanowski, wyjechał z Krakowa na kilka tygodni. Kierownictwo redakcyi objął Prof. Dr St. Dobrowolski (Podwale 2), do którego należy się zwracać we wszystkich sprawach redakcyjnych.

— Kursa dla lekarzy odbędą się na Wydziale lekarskim krakowskim w grudniu r. b. Szczegółowy program kursów podamy w jednym z następnych numerów w dziale ogłoszeń.

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.**

## Zapiski przemysłowo-lekarskie.

### Nadesłane.

Fabryka kołaczyków kąpielowych Dra Sedlitzkyego w Hallein otrzymała przez rządy austryacki i węgierski patenty na kąpiele z kwasem węglowym marki »Ozonal«.